

Employeur : Contrat n° :

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom et prénom : Date de naissance :

 N° AVS : Sexe : masculin féminin

Profession :

Adresse :

.....

 Langue : Français Allemand Anglais Italien

 Etat civil : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

 lié(e) par un partenariat enregistré partenariat dissous

Si marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré, date du mariage/du partenariat :

Prénom du conjoint/du partenaire : Date de naissance :

Si divorcé(e) ou partenariat dissous, date du divorce/de la dissolution du partenariat :

Enfants (si âgés de moins de 25 ans) : Prénom Date de naissance

.....

.....

.....

Entrée dans l'assurance

Date d'entrée :

Plan de prévoyance :

Salaire AVS annualisé : CHF

Taux d'activité : %

(Si emploi temporaire ou saisonnier, convertir le salaire fractionné en salaire annuel).

Coordonnées ancien employeur/ancienne institution de prévoyance

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur	Raison sociale et adresse de l'ancienne caisse de pensions	Année
.....
.....

Capacité de travail

 La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ? oui non

 La personne à assurer touche-t-elle une rente de l'assurance invalidité fédérale ? oui non

Si oui, degré de la rente : %

 La personne à assurer était-elle soumise à une condition aggravée d'affiliation auprès de l'ancienne institution de prévoyance ? oui non

Date : Timbre, signature de l'employeur : ...